

## ההבדל במידת הרצייה בסביבות טיפוליות שונות אצל אנשים הסובלים מסכיזופרניה

הודיה אודס, מרים שריד, נגה זיו  
מילות מפתח: מודל העיסוק האנושי, סביבה, בית חולים פסיכיאטרי, ריפוי בעיסוק.

### תקציר

נושא הרצייה הוא אחד הנושאים המורכבים והמשפיעים על תפקוד האדם במחלת הסכיזופרניה. בטיפול בריפוי בעיסוק, שבו המטרה היא השתתפות בעיסוקים, הנושא הזה הנו בעל חשיבות ומשפיע במידה ניכרת על השגת שינוי ועל הצלחת ההתערבות. "מודל העיסוק האנושי" הרחיב את מושג הרצייה מבחינה תיאורטית ופרקטית. על פי מודל זה יש השפעה דינמית והדדית בין הסביבה, הרצייה וההשתתפות בעיסוקים. מטרת המחקר הייתה לבדוק אם יש הבדל במידת הרצייה בסביבות טיפוליות שונות אצל אנשים הסובלים ממחלת הסכיזופרניה. נדגמו 10 מטופלים המאובחנים במחלת הסכיזופרניה למחקר פיילוט במסגרת פרויקט גמר לקראת תואר מוסמך במדעי הבריאות, במסגרת החוג לריפוי בעיסוק, אוניברסיטת תל-אביב. מסקנות המחקר העיקריות מראות שלמאפייני הסביבה של המטופלים: המרחבים, האובייקטים ובעיקר הסביבה החברתית וצורות העיסוק יש השפעה ניכרת על התנהגות המטופלים. על כן מומלץ לעצב את הסביבה כך שבמרכיביה תתבטא בחירת המטופל ולהבנות את הפעילויות כאתגר הולם. כן מומלץ לצמצם את מספר האנשים המצויים בכל סביבה טיפולית להכרח האפשרי כדי להבטיח מתן טיפול אישי, מקצועי ואיכותי ולאפשר מתן תשומת לב, השקעת אנרגיה ורגש הולמים ותואמים לכל מטופל ומטופל לפי רצונו וצרכיו.

הודיה אודס, MSc, OT, מרפאה בעיסוק אחראית מחלקה, רכזת הדרכה, המרכז לבריאות הנפש גהה. h doron@clalit.org.il  
מרים שריד, PhD, מרצה בכירה, המכללה האקדמית גליל מערבי, עכו. mirisarid@gmail.com  
נגה זיו, MSc, OT, מרצה בכירה, החוג לריפוי בעיסוק, אוניברסיטת תל-אביב, ומנהלת שירותי ריפוי בעיסוק במרכז הקהילתי לבריאות הנפש ע"ש בריל, תל-אביב (רמת-חן). nogaziv@post.tau.ac.il

המאמר מבוסס על פרויקט גמר לקראת תואר מוסמך במדעי הבריאות, במסגרת החוג לריפוי בעיסוק, אוניברסיטת תל-אביב, בהנחיית גב' נגה זיו וד"ר מירי שריד.

## מבוא

הרציונאל לנושא המחקר נבע מתוך עבודת המרפאים בעיסוק כחלק מצוות רב-תחומי בבית-חולים פסיכיאטרי אקוטי. במקרים רבים נמצאה סתירה בין דיווחי צוות הריפוי בעיסוק לבין דיווחי הצוות הסייעודי על התנהגות אותו מטופל. תופעה זו בלטה במיוחד בדיווח על החולים המאובחנים במחלת הסכיזופרניה. למשל בדיווח של צוות הריפוי בעיסוק, המטופל מתואר כיוזם, מנסה דברים חדשים, מתמיד בפעילות. ולעומת זאת אותו מטופל באותו יום, מתואר על ידי צוות הסייעוד במחלקה כפסיבי, נשאר במיטתו, "דביק" לתחנת האחיות. עד כה לא הצליחו להסביר בצוות הרב-תחומי את ההבדל ברצייה של המטופלים שנרשם בדיווחים השונים.

במסגרת היחידה לריפוי בעיסוק חיפשנו אחר מודל שיאפשר לנו לבחון מה משפיע על הרצייה בסביבות שונות. "מודל העיסוק האנושי" (Model of Human Occupation) הוא אחד המודלים המרכזיים בריפוי בעיסוק, שיש בו שילוב בין מודל תיאורטי ובין מודל יישומי פרקטי, (Kielhofner, 2002). המודל מתייחס למערכות נוספות לצד הרצייה, ומגדיר מערכת נוספת של הסביבה האנושית והבלתי אנושית ועל כן הוא נבחר כגוף ידע מוביל למחקר זה ולסוגיה זו.

## סקירת ספרות

### מרכיב הרצייה ומחלת הסכיזופרניה

הפרעה ברצייה היא אי היכולת של האדם ליזום פעולה ספונטנית (Sebanz & Prinz, 2006). מושג הרצייה הוא מושג מורכב שזכה למגוון הגדרות מהיבטים נפשיים, קוגניטיביים ונירוביולוגיים. בהתאם לכך Buchanan (1982) הגדיר את המושג רצייה כהפעלה של כוח פנימי וכרצון מוגדר. אותו רעיון מצוי גם אצל Minsky (1985) שטען שהאדם מייחס את בחירותיו לרצייה שלו. ההבחנה בין מוטיבציה לרצייה אינה ברורה, יש הגדרות שעניינן הפן ההתנהגותי, יש הנדרשות לפן הרגשי ואחרות לפן ביולוגי. Kielhofner (2002) מסייע להפריד, להבין את הרצף ואת ההבדל בין שני המושגים. על פי מודל העיסוק האנושי, הרצייה היא שלב קודם ובסיסי למוטיבציה ולתפקוד (Kielhofner, 2002). על פי המודל, הרצייה היא תבנית של מחשבות ורגשות המצויה באדם מראש, ומאפשרת לו לצפות, לחזות, לבחור, להתנסות ולפרש את התנהגותו (Kielhofner, 2008). על-פי Kehr (2004) פעולות הנעשות מתוך מוטיבציה אינן זקוקות לתוספת של רצייה או של כוח רצון. רצייה דרושה כדי לפעול נגד מוטיבציה קיימת או על אף העדר מוטיבציה (Kuhl & Goschke, 1994). הרצייה מפצה על רמת מוטיבציה לא מספקת (Sokolowski, 1993). במחלת הסכיזופרניה, הפרעה ברצייה היא אחד המרכיבים המרכזיים המשפיעים על ההגבלה בתפקוד, בהתנהגות ובקוגניציה מלבד הפרעות בקשב,

בתפיסה, בתהליכי חשיבה וברגש. מחלת הסכיזופרניה היא מחלה כרונית ומורכבת המשפיעה על אספקטים רבים של קוגניציה והתנהגות (Van Berckel, 2003). את התסמינים אפשר לחלק לשלוש קטגוריות: תסמינים פסיכויטיים, תסמינים של ליקוי קוגניטיבי (Hartman-Maeir, Katz, & Baum, 2009) ו"סימנים שליליים" (Carpenter & Buchanan, 1994).

תסמינים פסיכויטיים, הם בעיקר דלזיות והלוצינציות. תסמינים של ליקוי קוגניטיבי (Carter, 2005), הם הפרעות בתהליכי החשיבה (כגון: טנגנציאליות, רפיון אסוציאטיבי ואינקוהרנטיות), בעיות בזיכרון ובקשב (Conklin, Curtis, Calkins, & Iacono, 2005; Kayser et al., 2005) ותפקודים האקזקוטיביים (קרן, דגן, יקואל וכץ, 2008). "סימנים שליליים" הם בעיקר אפקט שטוח, טווח רגשות ורצייה מצומצם, אוצר מילים דל וליקוי במיומנויות חברתיות. במחקרים נמצא שאין הבדל בין גברים לנשים מבחינה מגדרית במחלת הסכיזופרניה (אליצור, טיאנו, מוניץ ונוימן, 2002).

Bleuler (1950) היה הראשון שהגדיר הפרעה ברצייה כאחד התסמינים למחלת הסכיזופרניה. הפרעה ברצייה היא אחד מ"הסימנים השליליים" של מחלת הסכיזופרניה (Nitsche & Kallert, 2007; Sass, 2003). הפרעות ברצייה אצל אנשים המאובחנים בסכיזופרניה מאובחנות באמצעות התנהגות לא תואמת את הסיטואציה ותנועה מעוכבת (Jaeger, Tatsuoka, Berns, & Vardi, 2006). יש דרכים שונות לאבחון המחלה והשלכותיה על התפקוד, אך האבחונים האלה הם קוגניטיביים בעיקרם או שאלונים המבוססים על ראיונות. פחות דגש מושם על היבטי הרצייה בהקשר התפקודי. מכיוון שהתסמינים של מחלת הסכיזופרניה מחריפים או משתפרים בעקבות התנאים הסביבתיים האנושיים והבלתי אנושיים, הדרך לאמוד את השלכות התפקודיות של הליקויים המוחיים היא באמצעות שימוש במטלות קוגניטיביות. על פי ממצאים של מבחנים נוירו-פסיכולוגיים רבים ושונים, נמצאה ירידה בביצוע של אנשים המאובחנים במחלת הסכיזופרניה (Heinrichs, 2005). המטופלים מתאפיינים בקושי לתפקד שהולך ומחמיר עם הזמן (Davis, Nees, Hunter, & Lysker, 2004). בבדיקת הדמיה של המוח אצל אנשים החולים במחלת הסכיזופרניה, נמצא כי יש ירידה בנפח המוח וכן נמצאה אבנורמליות של החומר הלבן והחומר האפור של המוח באזור הקורטקס הטמפורלי והקורטקס הפרפרונטלי (Kubicki, McCarely, & Shenton, 2005). על פי ממצאי מחקרו של Pontius (2004) הרצייה ממוקמת באזור הפרפרונטלי של המוח האנושי. כלומר הפגיעה בחלק ממרכיבי הקוגניציה מתרחשת בד בבד עם הפגיעה ברצייה במחלת הסכיזופרניה.

במחקר שערכו Ceskova, Prikryl, Kasperek & Ondrusova (2005) מתוך 104 מטופלים שאושפזו לראשונה בחייהם ואובחנו כחולים במחלת הסכיזופרניה, 65.4% דיווחו על הפרעות ברצייה. Langdon, McLaren, Polito, Coltheart, & Ward (2007) מצאו במחקרם שלאנשים המאובחנים כחולים במחלת הסכיזופרניה יש הפרעות ברצייה, וכשהם מצליחים להפעיל את הרצייה שלהם, הם מתקשים

להראות גמישות בביצוע העיסוק. במחקר שערכו Ganesan, Green, Hunter, Wilkinson & Spence (2005) נמצא שלאנשים החולים במחלת הסכיזופרניה וסובלים מהפרעות ברצייה יהיו גם ליקויים בתפקוד או ליקויים במבנה המוח. Lysaker, Davis & Lysaker (2006) מציינים שעדיין לא ברור כיצד משפיעות התרופות הפסיכיאטריות על הרצייה אצל אנשים המאובחנים במחלת הסכיזופרניה.

### מרכיב הרצייה במודל העיסוק האנושי (Model of Human Occupation-MOHO)

מושג הרצייה הוא אחד המושגים המרכזיים ב"מודל העיסוק האנושי" והוא מהווה את אחת משלוש תת-המערכות המרכיבות את המערכת האנושית. שתי תת-המערכות האחרות הן תת-מערכת ההרגלים ותת-מערכת הביצוע. "מודל העיסוק האנושי" (Model of Human Occupation) הוא אחד המודלים המרכזיים בריפוי בעיסוק החוקר את האדם כ"יצור עיסוקי" המנהל אינטראקציה דינמית ומתמדת עם הסביבה. לפי המודל יש ארבעה גורמים המשפיעים על ההתנהגות העיסוקית של האדם: שלוש תת-המערכות שהוזכרו כאן והסביבה (Kielhofner, 2008). תת-המערכות מארגנות את האדם לתהליכי בחירה, לדפוסי עיסוק ולביצוע. תת-מערכת ההרגלים מתייחסת לתהליכים שבהם אדם רוכש, מארגן, שומר ומתחזק את דפוסי העיסוק שלו. תת-מערכת יכולת הביצוע מתייחסת ליכולות האדם הפנימיות המאפשרות רכישה ושימוש במיומנויות. תת-מערכת הרצייה מתייחסת לתהליך שבו האדם חווה, מפרש, מנבא ובוחר את ההתנהגויות העיסוקיות שלו. היא מתייחסת לדרך שבה אדם תופס ומעריך את יכולותיו, את הצלחותיו ואת כישלונותיו. הרצייה מאפשרת לאדם לבחור פעילויות יום-יומיות קצרות טווח, למשל בחירה לקרוא ספר, אך היא גם מאפשרת לאדם טווח של עיסוקים, למשל בחירת תפקיד. הרצייה משקפת את הנרטיב העיסוקי, כלומר "סיפור חיי האדם": הזיכרונות, הרגשות, המחשבות, הדימויים, הבחירות, הרצונות והערכים במהלך חיי האדם. הרצייה כוללת את התפיסות של האדם ואת פרשנותו לגבי העבר, ההווה והעתיד (זיו, 2004).

על פי מודל העיסוק האנושי אפשר גם להסביר את המוטיבציה לתפקוד על ידי הרצייה. על פי המודל, רצייה היא המחשבות והרגשות לגבי עשייה והיא כוללת ערכים, תחומי עניין וסיבתיות אישית. בערכים הכוונה היא מה משמעותי וחשוב לאדם. תחומי עניין הם הדברים שגורמים להנאה ולשביעות רצון לאדם. סיבתיות אישית היא מידת המסוגלות של האדם להשפיע על סביבתו. מידת המוטיבציה של האדם בכל סיטואציה היא תוצר של האינטראקציה בין הרצייה לבין המאפיינים של הסביבה הפיזית והסביבה החברתית. כלומר מוטיבציה היא תהליך דינמי שמערב את האינטראקציה אדם-סביבה (Kielhofner, 2002).

**יישום של MOHO בבתי חולים פסיכיאטריים ובבריאות הנפש**

לרצייה תפקיד מרכזי בהתערבות בתחום הריפוי בעיסוק, מכיוון שהיא קובעת אם המטופל ישתתף באופן פעיל בטיפול כדי להשיג מטרת טיפול ספציפית (Haglund & Kjelberg, 1999).

de las Heras, Dion & Walsh (1993) היו המרפאות בעיסוק הראשונות שהחלו ליישם את ה-MOHO בבית-חולים פסיכיאטרי בארצות-הברית. המטרה של הטיפול במודל זה היא לעבור מאי התאמה בתפקוד העיסוקי לתפקוד עיסוקי יעיל. לפי המודל יש לעבור שלושה שלבים בתהליך זה: הערכה תפקודית, תכנון הטיפול וניטור של ההתקדמות בתכנית הטיפול.

Parkinson, Chester, Cratchley, & Rowbottom (2008) פיתחו פרוטוקול הערכה תפקודית של הריפוי בעיסוק במחלקה פסיכיאטרית אקוטית על סמך כלי ההערכה של ה-MOHO. המודל מספק מאגר עשיר ומתפתח של כלי הערכה, שמחולקים לארבעה סוגים: אבחונים תצפיתיים, שאלונים לדיווח עצמי, ראיונות והערכות משולבות.

Lydon ו-Turner (2008) פיתחו באירלנד תכנית התערבות פסיכו-סוציאלית לטיפול בתחום בריאות הנפש המבוססת על ה-MOHO בדגש על נושא הרצייה, שכן הירידה בהתעניינות ובהשתתפות בפעילויות היום-יום מוכרת כתסמין נפוץ של מצבים נפשיים קשים (Aubin, Hachey, & Mercier, 2002). התכנית הופעלה במשך 32 שבועות והשתתפו בה 28 מטופלים מתחום בריאות הנפש. לאחר שנה נעשה מעקב חוזר ונמצא שיפור בתחומים שבהם הייתה התערבות של התכנית. התכנית כוונה כאמור למערכת הרצייה שכוללת את תת המערכות: סיבתיות אישית, ערכים ותחומי עניין. במהלך התכנית המטופלים למדו מונחים בסיסיים של רצייה, השתתפו בסיעור מוחות קבוצתי וביצעו אבחון עצמי של יכולת הרצייה שלהם. התכנית אפשרה למטופלים הזדמנות להעלות את הרצייה בדרכים מעשיות. יתרונותיה הייחודיים של תכנית זו שההערכה נעשית מתוך הפרספקטיבה של המשתתפים עצמם ובאופן סובייקטיבי ככל האפשר. השינוי בתכנית נמדד באמצעות שאלון Lifestyle Inventory בשלוש נקודות זמן: לפני ההתערבות הטיפולית, בסיום 32 השבועות של התכנית ולאחר שנה. תוצאות המחקר של התכנית הראו שינוי לטובה מן המדידה הראשונה לשנייה, והראו שלאחר שנה השיפור נשמר. השיפור היה מובהק בתחום הרצייה, אך גם לגבי התת-מערכת הרגלים ומיומנויות.

תכנית "תהליך חידוש המוטיבציה" (The Remotivation Process) פותחה על ידי de las Heras בעבור מטופלים עם קשיים חמורים ברצייה (de las Heras, Llerena, & Kielhofner, 2003). זהו תהליך מובנה של ראיונות שפותחו כדי לשפר את המוטיבציה בפעילויות עיסוקיות (de las Heras, Llerena, & Kielhofner, 2003). תהליך זה דורש מן המטפל לצפות להבין, ללוות ולתמוך בהתנסויותיו של המטופל באופן שוטף. המטפל תומך

במטופל במטרה להשיג חיבור מחדש עם העולם ובמקביל להעלות את יכולות הסיבתיות האישית, הערכים ותחומי העניין (de las Heras, Llerena, & Kielhofner, 2003). "תהליך חידוש המוטיבציה" מושתת על 3 שלבים: א. חקירה ב. יכולת ג. הישג. כל אחד מן השלבים בנוי מכמה תת-שלבים עם אסטרטגיות התערבות ספציפיות (de las Heras, Llerena, & Kielhofner, 2003). לפי המחברים, כדי להגיע לחידוש מוטיבציה יש להקפיד שתכניות הריפוי בעיסוק ישקפו את צרכיהם של המטופלים ויציעו הזדמנויות עיסוקיות על טווח נרחב של דרישות עיסוקיות תוך סיפוק משוב מובנה למטופלים.

Melton, Forsyth & Metherall (2008) הציעו תכנית אחרת ובה החלו ליישם את מודל ה-MOHO באנגליה. התכנית מתוארת כשינוי מהותי באופן העבודה בריפוי בעיסוק בבית חולים פסיכיאטרי באנגליה. הדגש היה על תכנית מבוססת ראיות וממוקדת במטופל. כל מטופל עבר הערכה תפקודית באמצעות בטיית האבחונים של MOHO, כדי לזהות באופן ייחודי אצל כל מטופל את הפעילויות התעסוקתיות המתאימות לו. העבודה נעשתה בשיתוף הצוות הרב-תחומי. הטיפול בריפוי בעיסוק ניתן במשך כל השבוע ובמשך כל שעות הערות של המטופלים. ניתן מידע למטופלים על האפשרויות התעסוקתיות המצויות במסגרת בית-החולים וגם בקהילה. לדוגמה: באמצעות אתר האינטרנט של בית-החולים, נוצרו קשרים עם הקהילה כדי לגייס משאבים תעסוקתיים חדשים. כמו כן, הושם דגש על כך שצוות הריפוי בעיסוק יעשה קשוב יותר לרצייה של המטופלים וייתן מענה לצורכיהם. על פי סקירת הספרות הזאת אפשר לומר שתחום הרצייה נחקר וכן גם הוערכו תכניות התערבות ממוקדות התערבות רצייה בקרב אנשים החולים במחלת הסכיזופרניה. לרצייה תפקיד מרכזי בהתערבות בתחום הריפוי בעיסוק, מכיוון שהיא קובעת אם המטופל ישתתף באופן פעיל בטיפול כדי להשיג מטרת טיפול ספציפית, ועם זאת, עדיין לא נבדק ההבדל ברצייה בסביבות הטיפוליות השונות שבהן הם מטופלים. על כן מטרת מחקר זה היא לבדוק את ההבדל במידת הרצייה בסביבות טיפוליות שונות אצל אנשים הסובלים מסכיזופרניה.

### השערות המחקר

- א. מידת הרצייה ביחידת הריפוי בעיסוק תהיה שונה ממידת הרצייה במחלקה ובקבוצה הטיפולית בהתאם לאופי הסביבה.
- ב. ככל שמספר המטופלים בסביבה הטיפולית גדול יותר, תפחת מידת הרצייה של המטופלים.

## שיטת המחקר

### הנבדקים במחקר

המאמר מבוסס על מחקר פיילוט במסגרת פרויקט גמר לקראת תואר מוסמך במדעי הבריאות, במסגרת החוג לריפוי בעיסוק, אוניברסיטת תל-אביב. במחקר השתתפו עשרה נבדקים, שישה גברים וארבע נשים שאושפזו במחלקה הפתוחה למבוגרים במרכז לבריאות הנפש גהה. כל הנבדקים אובחנו במחלת הסכיזופרניה בציר הראשי על פי ICD-10. קריטריונים לאי הכללה – דמנטיה, שימוש בסמים או אלכוהול, גיל מעל 70 שנה. ממוצע הגילאים היה  $45.2 \pm 15.9$  שנים. ממוצע שנות ההשכלה היה  $11 \pm 2.7$  שנים.

### כלי המחקר

#### שאלון ה-VQ (Volitional Questionnaire) המבוסס על ה-MOHO

(Kielhofner, 2008).

מבחן ה-VQ, שאלון הרצייה, מתבסס על מילוי השאלון על ידי המטפל על סמך התצפית של המטפל על המטופל. השאלון מתאים לכל אדם שאי אפשר לקבל ממנו מידע באמצעות שאלונים של דיווח עצמי על רצייה, כלומר הכלי מאפשר הערכה יעילה של המטופלים ללא תלות ביכולתם המילולית או הקוגניטיבית (Kielhofner, 2008). במקור פותח השאלון לאוכלוסיות שמתפקדות מבחינה מנטלית וקוגניטיבית ברמה נמוכה, אך היום השאלון מצוי בשימוש בטווח רחב של מוגבלויות, החל בסובלים מליקויים פיזיים וליקויים קוגניטיביים קלים וכלה בליקויים פיזיים וקוגניטיביים קשים (Alfredsson-Agren & Kjellberg, 2008; Reid & Hirji, 2003).

השאלון מתבסס על כך שמטופלים, אשר מתקשים להגדיר מטרות או מתקשים בהבעת תחומי העניין והערכים שלהם באופן מילולי, יביעו אותם על ידי פעולות. הבדיקה נעשית בדרך שיטתית וקפדנית תוך כדי איסוף מידע על האופן שבו האדם מגיב ופועל בסביבתו. השאלון מאפשר להבין את המניעים הפנימיים של האדם וכן מספק מידע לגבי הסביבה כמקדמת רצייה או כמעכבת רצייה (de las Heras, 1993).

השאלון מורכב מ-14 פריטים המתארים התנהגויות שמשקפות ערכים (לדוגמה הפריט: מראה שהפעילות מיוחדת או משמעותית), תחומי עניין (לדוגמה הפריט: מגלה סקרנות) וסיבתיות אישית (לדוגמה הפריט: מחפש אתגרים). לכל פריט ניתן ציון עד 4 נקודות (1=פסיבי, 2=הססני, 3=מעורב 4=ספונטני). הציון משקף התנהגויות של רצייה לעומת צורך בתמיכה, בעידוד ובמובנות שהמטופל זקוק להן (Yanling & Kielhofner, 2004). הסולם משקף את העובדה, שאנשים בעלי יכולת רצייה גבוהה בוחרים בפעילות מסוימת ומדגימים ביצוע מוצלח שלה. לעומת זאת, אנשים בעלי רצייה מוגבלת יותר זקוקים לתמיכות רבות יותר ולמשאבים סביבתיים כדי לבצע משימה (de las Heras, Geist, Kielhofner, & Li, 2003).

על פי שאלון זה הרצייה של המטופל יכולה להשתנות בסביבות שונות לפי ההתאמה בין המאפיינים של הסביבה לבין תחומי העניין, הערכים והסיבתיות האישית של המטופל. באמצעות "טופס מאפייני הסביבה" אפשר לעקוב אחר מרכיבים בסביבה, המשפיעים על הרצייה של המטופל. בטופס הזה אפשר לחשב ממוצעים באחוזים וסטיות תקן. סביבה היא מרחב (כגון: תאורה טבעית או מלאכותית), אובייקטים (כגון: מעטים או רבים), חברה (כגון: אנשים מוכרים או לא מוכרים) וצורות עיסוק (כגון: פעילות מובנית או לא מובנית). השאלון משמש כמנחה בהתערבות הטיפולית וכמסייע במעקב אחר התקדמות המטופל (Chern, Kielhofner, de las Hearas, & Magalhaes, 1996).

### הליך המחקר

הפרויקט קיבל פטור מוועדת הלסינקי, עקב היותו מבוסס על תצפיות בלבד, ללא הפעלת התערבות כלשהי על המטופלים. לאחר קבלת הפטור, החל שלב איסוף נתוני התצפיות על ידי אחת הכותבות (ה"א). כדי להימנע מהטיות שמקורן במערך המחקר, הקפדנו כי אותה מרפאה בעיסוק שערכה את התצפיות לא תהיה אותה מרפאה בעיסוק או מטפלת אחרת מן הצוות הרב-תחומי שמבצעת התערבות עם המטופלים באותה סביבה טיפולית. לתצפית נבחרו שלוש סביבות טיפוליות המייצגות את הסביבות השונות שבהן המטופלים משתתפים: יחידת הריפוי בעיסוק – השייכת למחלקה הפתוחה למבוגרים, ובה מתפקדים המטופלים בשעות 8.30 – 15.00 בימים א'-ה'. ביחידת הריפוי בעיסוק המטופלים עוסקים בעבודות חד-שלביות (כגון: מילוי שטח בצביעה), רב-שלביות (כגון: עטיפת ספר עבור ספריית המטופלים) ועבודות חרושתיות (כגון: אריזת סכו"ם חד-פעמי). המחלקה הפתוחה למבוגרים במרכז לבריאות הנפש גהה – שבה מאושפזים המטופלים מיום קבלתם עד לשחרורם. במחלקה המטופלים עוסקים בתפקודי היום-יום, כגון: רחצה, התלבשות וסידור המיטה, וכמו כן פעילויות פנאי, כגון: צפייה בטלוויזיה ופעילות עם מתנדבים אחר-הצהריים. הקבוצה הטיפולית – מתקיימת כל יום חמישי ובה נוכחים כל מטופלי המחלקה וכל הצוות הרב-תחומי של המחלקה, מיועדת להעלאת תכנים שנבחרים על ידי המטופלים. את הדיון בקבוצה מנהלות שתי פסיכולוגיות מן הצוות והקבוצה אורכת כ-45 דקות.

לכל מטופל נאספו בסך הכול 15 תצפיות: נערכה תצפית על המטופל בסביבה הטיפולית הראשונה, יחידת הריפוי בעיסוק, ובאותו היום כדי לנטרל השפעות של גורמים אחרים על התוצאות, נערכה תצפית נוספת על המטופל בסביבה הטיפולית השנייה, במחלקה. בימי חמישי נערכה תצפית נוספת על המטופל בסביבה הטיפולית השלישית, הקבוצה הטיפולית. בסך הכול נאספו 6 תצפיות ביחידת הריפוי בעיסוק ו-6 תצפיות נוספות במחלקה ו-3 תצפיות על הקבוצה הטיפולית לכל מטופל, עקב הזמן המוגבל של אשפוז במחלקה פסיכיאטרית, שעומד כיום על 26 ימי אשפוז.



ההבדל במידת הרצייה בסביבות טיפוליות שונות אצל אנשים הסובלים מסכיזופרניה

יש לציין שעל פי המדריך למשתמש של שאלון הרצייה אין הגבלה על מספר התצפיות שנעשות לאותו אדם באותו יום בסביבות טיפוליות שונות. כמו כן, תצפית יכולה להיערך בין עשר דקות לבין חצי שעה. אפשר למלא את הסולם (14 פריטים) ואת טופס מאפייני הסביבה (מרחב, אובייקטים, חברה וצורות עיסוק) בתוך פחות מעשר דקות.

### ניתוח נתונים

עיבוד הנתונים נעשה על ידי שימוש בתוכנת SPSS (2007). כל המבחנים הסטטיסטיים שבהם נעשה שימוש היו מבחנים אי-פרמטריים, שכן המדגם היה קטן ולא היה אפשר להניח שהמשתנים התלויים מתפלגים התפלגות נורמלית. א. לשם בדיקת ההבדל במידת הרצייה בסביבות הטיפוליות השונות: יחידת הריפוי בעיסוק, המחלקה והקבוצה הטיפולית, נעשה שימוש במבחן Anova אי-פרמטרי בתוך קבוצות K-Wallis. ב. לשם בדיקת ההבדל במידת הרצייה בין הריפוי בעיסוק לעומת מידת הרצייה בסביבת המחלקה והקבוצה הטיפולית, נעשה שימוש במבחן אי-פרמטרי מסוג Wilcoxon להשוואה בין שתי סביבות. ג. לשם בדיקת הקשר בין מספר המטופלים בכל סביבה טיפולית לבין מידת הרצייה, נעשה שימוש במקדם מתאם אי-פרמטרי מסוג Spearman.

### תוצאות

#### ההבדל במידת הרצייה בסביבות הטיפוליות השונות

כדי לבדוק את ההבדל במידת הרצייה בסביבות הטיפוליות השונות, בוצע מבחן Anova אי-פרמטרי בתוך קבוצות מסוג K-Wallis. בטבלה 1 מוצגים הממוצעים, סטיות התקן ורמת המובהקות של הסביבות הטיפוליות השונות. נמצא הבדל מובהק בכל מדדי מידת הרצייה בסביבות הטיפוליות השונות, למעט מדד "מגלה העדפות" ( $p=0.179$ ) ומדד "מתמיד בפעילות עד להשלמתה/ סיומה" ( $p=0.879$ ). בטבלה 2 מוצגים הממוצעים באחוזים של מאפייני הסביבה בשלוש הסביבות הטיפוליות. מכיוון שההבדל שנמצא הוא כללי בין הסביבות השונות, נעשה שימוש במבחן אי-פרמטרי מסוג Wilcoxon בין סביבות טיפוליות ספציפיות, שמטרתן לגלות את מקור השוני.

הודיה אודס, מרים שריד, נגה זיר

טבלה 1  
ממוצעים, סטיות תקן ורמת מובהקות של ההבדל בין הסביבות הטיפוליות השונות.

מבחן K-W	קבוצה	מחלקה	ריפוי בעיסוק	N=10	מדד
0.000	3.50 0.70	2.05 0.63	3.93 0.16	ממוצע (ס"ת)	מגלה סקרנות
0.006	2.76 1.22	3.21 0.41	3.98 0.05	ממוצע (ס"ת)	יזם פעולות/ מטלות
0.000	1.60 0.51	1.10 0.21	2.25 0.85	ממוצע (ס"ת)	מנסה דברים חדשים
0.015	2.50 1.17	1.21 0.24	2.41 1.13	ממוצע (ס"ת)	מפגין גאווה
0.002	1.20 0.42	1.05 0.15	2.23 0.80	ממוצע (ס"ת)	מחפש אתגרים
0.003	1.10 0.31	1.05 0.15	2.20 1.06	ממוצע (ס"ת)	מחפש אחריות נוספת
0.011	2.20 1.22	1.65 0.33	3.36 0.78	ממוצע (ס"ת)	מנסה לתקן טעויות/ כשלים
0.004	2.30 1.15	1.65 0.33	3.41 0.74	ממוצע (ס"ת)	מנסה לפתור בעיות
ל.מ.	3.63 0.48	3.55 0.49	3.95 0.15	ממוצע (ס"ת)	מגלה העדפות
ל.מ.	3.13 1.06	3.66 0.40	3.40 0.98	ממוצע (ס"ת)	מתמיד בפעילות עד להשלמתה/סיומה
0.004	2.90 1.14	2.00 0.56	3.7 0.34	ממוצע (ס"ת)	נשאר מעורב
0.001	2.63 0.97	1.70 0.65	3.6 0.41	ממוצע (ס"ת)	משקיע אנרגיה/ רגש/תשומת-לב נוספים
0.000	2.50 1.08	1.95 0.59	3.95 0.15	ממוצע (ס"ת)	מצביע על מטרות
0.001	2.46 1.19	1.45 0.40	3.5 0.62	ממוצע (ס"ת)	מראה שהפעילות מיוחדת או משמעותית

(ס"ת): סטיית תקן

כתב עת ישראלי לריפוי בעיסוק, אוגוסט 2011, 20(3)

ההבדל במידת הרצייה בסביבות טיפוליות שונות אצל אנשים הסובלים מסכיזופרניה

טבלה 2  
ממוצעים באחוזים וסטיות התקן של מאפייני הסביבה.

קבוצה	מחלקה	ריפוי בעיסוק	מדד	
100	88.33	100	ממוצע	מיקום
0	19.32	0	(ס"ת)	
0	11.66	0	ממוצע	תאורה
0	19.32	0	(ס"ת)	
100	98.33	100	ממוצע	רעשי רקע
0	5.27	0	(ס"ת)	
0	1.66	3.33	ממוצע	מרחב לתנועה
0	5.27	7.02	(ס"ת)	
100	100	91.66	ממוצע	אובייקטים מוכרים
0	0	11.78	(ס"ת)	ללקוח
	1.66	0	ממוצע	אובייקטים טבעיים
0	5.27	0	(ס"ת)	
100	100	96.66	ממוצע	אובייקטים דומים
0	0	7.02	(ס"ת)	זה לזה
0	66.66	48.33	ממוצע	אובייקטים מעטים
0	27.21	33.74	(ס"ת)	
0	84.37	95.41	ממוצע	הקבוצה נבחרה
0	22.90	8.53	(ס"ת)	על-ידי הלקוח
100	100	97.91	ממוצע	בקבוצה האנשים
0	0	5.89	(ס"ת)	מוכרים
100	100	97.91	ממוצע	הקבוצה מורכבת
0	0	5.89	(ס"ת)	מקבוצת השווים
100	100	90.00	ממוצע	הפעילות מוכרת
0	0	14.05	(ס"ת)	ללקוח
0	95.00	100	ממוצע	הפעילות נבחרה
0	11.24	0	(ס"ת)	על-ידי הלקוח
0	5.00	45.00	ממוצע	הפעילות מובנית
0	8.05	36.89	(ס"ת)	
	58.33	100	ממוצע	הפעילות היא
0	22.56	0	(ס"ת)	אתגר תואם

(ס"ת): סטיית תקן

### ההבדל במידת הרצייה ביחידת הריפוי בעיסוק לבין הסביבות השונות בהתאם לאופי הסביבה

לצורך בדיקת ההבדל במידת הרצייה בין סביבת הריפוי בעיסוק לעומת מידת הרצייה בסביבת המחלקה והקבוצה הטיפולית נעשה שימוש במבחן א-פרמטרי מסוג Wilcoxon להשוואה בין שתי סביבות. בטבלה 3 מוצג ההבדל ברמת המובהקות במידת הרצייה בין סביבת הריפוי בעיסוק לעומת מידת הרצייה בסביבת המחלקה והקבוצה הטיפולית. בשל ריבוי השוואות בין שלוש הסביבות, רמת המובהקות הקריטית לדחייה או לקבלה של השערת המחקר נקבעה על  $\alpha = 0.025$  (בהתאם לגישת בונפרוני Bonferoni).

טבלה 3

רמות המובהקות במידת הרצייה בין סביבת הריפוי בעיסוק לעומת מידת הרצייה בסביבת המחלקה והקבוצה הטיפולית.

ממד	ריפוי בעיסוק לעומת מחלקה	ריפוי בעיסוק לעומת קבוצה
מגלה סקרנות	0.005	0.128
יזם פעולות/ מטלות	0.007	0.027
מנסה דברים חדשים	0.004	0.013
מפגין גאווה	0.018	ל.מ.
מחפש אתגרים	0.011	0.007
מחפש אחריות נוספת	0.017	0.011
מנסה לתקן טעויות/ כשלים	0.007	0.043
מנסה לפתור בעיות	0.005	0.020
נשאר מעורב	0.005	ל.מ.
משקיע אנרגיה/ רגש/ תשומת-לב נוספים	0.005	0.024
מצביע על מטרות	0.004	0.011
מראה שהפעילות מיוחדת או משמעותית	0.005	0.021

כשבוחנים את ההבדל ברמת המובהקות במידת הרצייה בין סביבת הריפוי בעיסוק לעומת מידת הרצייה בסביבת המחלקה והקבוצה הטיפולית לפי מאפייני הסביבה, הממצאים מלמדים כי המטופלים מבטאים מידה רבה של רצייה בסביבת הריפוי בעיסוק יותר מאשר בסביבת המחלקה והקבוצה הטיפולית, כפי שהדבר בא לידי ביטוי בניסוי דברים חדשים ( $p < 0.02$ ), בחיפוש אתגרים ( $p < 0.01$ ), בחיפוש אחריות נוספת ( $p < 0.01$ ), בניסיון לפתור בעיות ( $p < 0.02$ ), בהשקעת אנרגיה ( $p < 0.02$ ) ובהצבעה על מטרות ( $p < 0.01$ ) וכאשר המטופל מראה שהפעילות מיוחדת לו ( $p < 0.02$ ). בהמשך

ההבדל במידת הרצייה בסביבות טיפוליות שונות אצל אנשים הסובלים מסכיזופרניה

לכך, המטופלים מבטאים מידה רבה יותר של רצייה בסביבת הריפוי בעיסוק לעומת סביבת המחלקה לפי מאפיין הסביבה "הפעילות מובנית" ( $p < 0.02$ ) ומאפיין סביבה נוסף – "הפעילות היא אתגר תואם" ( $p < 0.01$ ). כמו כן, המטופלים מבטאים מידה רבה של רצייה בסביבת הריפוי בעיסוק יותר מאשר בסביבת הקבוצה הטיפולית, כפי שהדבר בא לידי במאפייני הסביבה "אוביקטים מעטים" ( $p < 0.01$ ), "הקבוצה נבחרה על ידי הלקוח" ( $p < 0.01$ ), "הפעילות נבחרה על ידי הלקוח" ( $p < 0.01$ ) ו"הפעילות מובנית" ( $p < 0.01$ ).

**הקשר בין מספר המטופלים בכל סביבה טיפולית לבין מידת הרצייה**  
אפשר לראות בטבלה 4 שככל שמספר המטופלים בסביבת המחלקה גבוה יותר, כך המטופל פחות מעורב ( $r_s = -0.728$ ,  $p = 0.020$ ). ככל שמספר המטופלים בסביבת המחלקה גבוה יותר, כך המטופל משקיע פחות אנרגיה ( $r_s = -0.856$ ,  $p = 0.003$ ).

טבלה 4

מקדמי המתאם ורמות המובהקות של הקשר בין מספר המטופלים בכל סביבה טיפולית לבין מידת הרצייה.

קבוצה rs	מחלקה rs	ריפוי בעיסוק rs	מדד
-0.036	-0.494	0.329	מגלה סקרנות
0.118	0.374	0.581	יזם פעולות/ מטלות
0.535	-0.325	0.285	מנסה דברים חדשים
-0.040	-0.087	0.358	מפגין גאווה
0.218	-0.510	0.267	מחפש אתגרים
0.509	-0.510	0.183	מחפש אחריות נוספת
0.475	-0.563	0.025	מנסה לתקן טעויות/ כשלים
0.431	-0.563	0.085	מנסה לפתור בעיות
0.043	-0.188	0.166	מגלה העדפות
-0.163	-0.465	0.309	מתמיד בפעילות עד להשלמתה/ סיומה
0.193	-0.728*	0.475	נשאר מעורב
0.077	-0.856**	0.129	משקיע אנרגיה/ רגש/ תשומת-לב נוספים
0.118	-0.492	0.249	מצביע על מטרות
0.195	-0.694*	0	מראה שהפעילות מיוחדת או משמעותית

הערה: על אף שלא נמצאו קשרים מובהקים הם מובאים כאן מאחר שקצתם מהווים קשר בינוני עד חזק שלא הגיע למובהקות עקב גודל המדגם.

## דיון

יש חשיבות רבה לנושא הרצייה בתחום הטיפולי של הריפוי בעיסוק, ובעיקר ניכרת חשיבות הנושא באוכלוסיית בריאות הנפש, בייחוד בשלבים האקוטיים של המחלה הנפשית. ייחודו של מחקר זה הוא בהתמקדותו בסביבות הטיפוליות השונות שבהם מטופלים אנשים החולים במחלת הסכיזופרניה במהלך אשפוזם בבית חולים פסיכיאטרי. במחקר זה התמקדנו בשאלה אם יש הבדל במידת הרצייה בסביבות הטיפוליות השונות בבית החולים. במחקר בחנו אם יש הבדל במידת הרצייה בין סביבת הריפוי בעיסוק לעומת מידת הרצייה בסביבת מחלקה וקבוצה טיפולית. לבסוף, נבדק הקשר בין מספר המטופלים בכל סביבה טיפולית לבין מידת הרצייה.

כדי להימנע מהטיות שמקורן במערך המחקר, הקפדנו כי אותה מרפאה בעיסוק שערכה את התצפיות לא תהיה אותה מרפאה בעיסוק או מטפלת אחרת מן הצוות הרב-תחומי שמבצעת התערבות עם המטופלים באותה סביבה טיפולית. הנתונים נאספו בתצפיות מסביבות טיפוליות מגוונות ולכן סביר שהם מייצגים את מידת הרצייה בסביבות הטיפוליות השונות שבהן מטופלים המאושפזים.

### ההבדל במידת הרצייה בסביבות הטיפוליות השונות

במחקר זה מצאנו שיש הבדל במידת הרצייה אצל אנשים החולים במחלת הסכיזופרניה בסביבות הטיפוליות השונות. מידת הרצייה ביחידת הריפוי בעיסוק נמצאה גבוהה יותר ממידת הרצייה במחלקה ובקבוצה הטיפולית בכל מדדי מידת הרצייה בסביבות הטיפוליות: גילוי סקרנות, יזימה של פעולות או מטלות, התנסות בדברים חדשים, הפגנת גאווה, חיפוש אתגרים, חיפוש של אחריות נוספת, ניסיון לתקן טעויות או כשלים, ניסיון לפתור בעיות, מעורבות, השקעת אנרגיה או רגש או תשומת-לב נוספים, הצבעה על מטרות, הפגנה שהפעילות מיוחדת או משמעותית. ממצא זה תומך מחקרית באחת מהנחות היסוד של המודל שעליו הוא מבוסס "מודל העיסוק האנושי", ולפיו כל שינוי קל בגיוון הגירויים והאפשרויות בסביבה שבה האדם מצוי, ישנה את מידת הרצייה שלו (Kielhofner, 2002). יש לציין שגם מבחינת הממוצעים של כל מדדי הרצייה, הממוצע של יחידת הריפוי בעיסוק הוא הגבוה ביותר, למעט הממוצע של המדד "מתמיד בפעילות עד להשלמתה/ סיומה". שני המדדים של הרצייה שלא נמצאו מובהקים מבחינה סטטיסטית הם: "גילוי של העדפות" ו"התמדה בפעילות עד להשלמתה או סיומה". אפשר להסביר את היעדר ההתגוננות במדד של גילוי העדפות בסביבות הטיפוליות השונות, בכך שאחד מן המאפיינים של מחלת הסכיזופרניה הוא אמביוולנטיות (Bleuler, 1950; Graubert & Miller, 1957; Picchioni & Murray, 2007) ועל כן יתקשה המטופל להכריע לגבי העדפה מסוימת. Young, Zakzanis, & Campbell (2002) טענו שלאנשים החולים בסכיזופרניה יש ליקויים בתפקודים ניהוליים. אפשר להסביר את אי ההתמדה בפעילות בכל

הסביבות הטיפוליות על ידי דבריו של McCue (1983) שטוען שהקושי המרכזי בתפקודים ניהוליים של אנשים הסובלים ממחלת הסכיזופרניה הוא קושי בהתמדה וקושי לבצע הסתגלות לסביבות שונות. Spaulding et al. (1999) מצאו שפגיעה בתפקודים ניהוליים אצל אנשים החולים בסכיזופרניה יכולה להשפיע על ההתנהגות העיסוקית בתחומי התפקוד השונים. מעיון מעמיק בסיכום נתוני הטופס "מאפייני הסביבה" עולות כמה מסקנות: אין הבדל של ממש במאפיין של המרחבים של הסביבות הטיפוליות השונות. כלומר אין הבדל במיקום, בתאורה, ברעשי הרקע ובמרחב לתנועה ביחידת הריפוי בעיסוק, במחלקה ובקבוצה הטיפולית. אותו דפוס נמצא גם לגבי המאפיין של האובייקטים. לרוב האובייקטים מוכרים ללקוח, הם אינם טבעיים (אלא מעשה ידי אדם), הם דומים זה לזה ולרוב מעטים. הממצא מעורר עניין מכיוון שביחידות ריפוי בעיסוק מושם דגש על השימוש באובייקטים ועדיין אין לכך השפעה ניכרת על הרצייה.

ההבדל המשמעותי, נמצא במאפיין הסביבה החברתית ובמאפיין צורת העיסוק. מבחינת המאפיין של הסביבה החברתית, בכל שלוש הסביבות האנשים מוכרים ומהווים את קבוצת השווים עבור המטופל. ההבדל המשמעותי הוא לגבי השאלה אם החברה של האנשים נבחרה על ידי הלקוח, התשובה היא שבמחלקה ובעיקר בריפוי בעיסוק הקבוצה אכן נבחרה. אך בקבוצה הטיפולית אין למטופל בחירה והוא מחויב להשתתף בה, ללא ביטוי לרצייה האמיתית והפנימית שלו. יש לציין שבפרויקט זה נבדקה אך ורק השפעת חברת המטופלים האחרים על המטופל ולא נבדקה השפעת הצוות על הרצייה של המטופל. שיקוף של דפוס זה אפשר לראות גם במאפיין של צורות העיסוק. אפשר לומר שבשלוש הסביבות הפעילות מוכרת למטופלים. ההבדל המשמעותי הוא לגבי השאלה אם הפעילות נבחרה על ידי המטופל. התשובה היא שבמחלקה ובעיקר בריפוי בעיסוק הפעילות אכן נבחרה על ידי המטופל. אך בקבוצה הטיפולית אין למטופל בחירה והוא מחויב להשתתף בה ללא ביטוי לרצייה האמיתית והפנימית שלו. ועם זאת הסביבה של הקבוצה הטיפולית נחשבת אתגר עבור המטופל כמו סביבת הריפוי בעיסוק בניגוד לסביבת המחלקה. יותר מזה, הפעילות ביחידת הריפוי בעיסוק היא מובנית בניגוד לסביבת המחלקה ולסביבת הקבוצה הטיפולית. את ההבדלים לפי טופס "מאפייני הסביבה" אפשר להסביר בכך שבסביבת הריפוי בעיסוק ניתן דגש על גישת ה-Client Centered (Rogers, 1949; Law, 1998) כלומר המטופל הוא זה שבוחר את מטרות הטיפול ואמצעי הטיפול בשבילו בשיתוף עם המרפאות בעיסוק, בניגוד לשאר הסביבות הטיפוליות שבהן ניתן דגש נמוך יותר על הרצייה של המטופל.

ההבדל במידת הרצייה ביחידת הריפוי בעיסוק לבין הסביבות השונות בהתאם לאופי הסביבה מידת הרצייה ביחידת הריפוי בעיסוק נמצאה גבוהה יותר ממידת הרצייה במחלקה ובקבוצה הטיפולית עקב השוני במדדים בסביבות הטיפוליות

השונות. נמצא הבדל במידת הרצייה בסביבת הריפוי בעיסוק, לעומת מידת הרצייה בסביבת המחלקה בכל המדדים. בבדיקת ההבדל במידת הרצייה בסביבת הריפוי בעיסוק לעומת סביבת הקבוצה הטיפולית, נמצאו 7 מדדים מובהקים: "מנסה דברים חדשים", "מחפש אתגרים", "מחפש אחריות נוספת", "מנסה לפתור בעיות", "משקיע אנרגיה/ רגש/ תשומת-לב נוספים", "מצביע על מטרות", "מראה שהפעילות מיוחדת או משמעותית".

בבדיקת ההבדל במידת הרצייה בסביבת הריפוי בעיסוק לעומת סביבת המחלקה לפי מאפייני הסביבה, נמצאו שני מדדים מובהקים, השייכים למאפיין של צורות העיסוק: "הפעילות מובנית" ו"הפעילות היא אתגר תואם". בבדיקת ההבדל במידת הרצייה בסביבת הריפוי בעיסוק לעומת סביבת הקבוצה הטיפולית לפי מאפייני הסביבה, נמצאו ארבעה מדדים מובהקים: "אובייקטים מעטים", "הקבוצה נבחרה על ידי הלקוח", "הפעילות נבחרה על ידי הלקוח" ו"הפעילות מובנית". אפשר להסביר את ההבדלים המשמעותיים ברצייה ביחידת הריפוי בעיסוק לעומת שאר הסביבות באמצעות המתע"ם (ילון-חיימוביץ ועמיתים, 2006) המגדיר את מרחב ותהליך העשייה המקצועית בריפוי בעיסוק בישראל. על פי המתע"ם אחד מתפקידיה של המרפאה בעיסוק הוא להבנות יחד עם המטופל סביבה שמאפשרת לו להשתתף בפעילויות ובעיסוקים שהוא בוחר בהם (Brown, 2002). גישת הלקוח במרכז שעליה מבוסס תהליך ההתערבות בריפוי בעיסוק באה לידי ביטוי בהכרה שהתהליך מתמקד בסדרי עדיפויות של המטופל. קביעת סדרי העדיפויות כוללת זיהוי עיסוקים ופעילויות מועדפים וקביעת רמת המעורבות בכל עיסוק. מכיוון שמעורבות בעיסוק מונעת במהותה ממוטיבציה פנימית של האדם, הוא חייב להיות שותף פעיל בתהליך.

### **הקשר בין מספר המטופלים בכל סביבה טיפולית לבין מידת הרצייה**

במחקר זה נמצא קשר שלילי בין מספר המטופלים לבין מידת הרצייה רק בסביבה הטיפולית של המחלקה ובשני המדדים האלה: "נשאר מעורב" ו"משקיע אנרגיה/ רגש/ תשומת-לב נוספים". כלומר, ככל שמספר המטופלים בסביבת המחלקה גבוה יותר כן המטופל פחות מעורב. וכמו כן, ככל שמספר המטופלים בסביבת המחלקה גבוה יותר כן המטופל משקיע פחות אנרגיה, רגש או תשומת-לב. תופעה זו מוכרת מעולם התוכן של תיאוריות הטיפול בקבוצות כ"בטלה חברתית" או בשמה הלועזי social loafing (Hellriegel, Slocum, & Woodman, 2001). תופעה זו מתארת את הנטייה להפחית מאמץ פיזי או מחשבתי כשמבצעים משימה בתוך קבוצה גדולה של אנשים. נצפית התפזרות של האחריות בין חברי הקבוצה. ככל שהקבוצה גדולה יותר, כן האחריות מתפזרת בין יותר נפשות וכל אחד ואחד נוטל על עצמו פחות. נמצא כי בהשוואה לתפוקה כיחידים, בעבודה קבוצתית תפוקתו של כל אחד יורדת, ככל שהקבוצה הולכת וגדלה.



## סיכום והשלכות קליניות של המחקר

מטרת המחקר הייתה לבדוק האם יש הבדל במידת הרצייה בסביבות טיפוליות שונות אצל אנשים הסובלים ממחלת הסכיזופרניה. תוצאות מחקר זה הראו שמידת הרצייה גבוהה ביחידת הריפוי בעיסוק יותר מאשר במידת הרצייה בסביבות הטיפוליות השונות. בהמשך לכך, נמצא הבדל במידת הרצייה בסביבת הריפוי בעיסוק לעומת מידת הרצייה בסביבת המחלקה והקבוצה הטיפולית. כמו כן, נמצא קשר שלילי בין מספר המטופלים בכל סביבה טיפולית לבין מידת הרצייה. למחקר זה יש חשיבות קלינית, שכן הוא מציג את ההשפעה שיש לסביבות הטיפוליות השונות על הרצייה של אנשים החולים במחלת הסכיזופרניה. לאור הממצאים, בבוא המרפאה בעיסוק או מטפל אחר מהצוות הרב-תחומי לבצע התערבות, עליהם לתת את הדעת על הרצייה של המטופל החולה בסכיזופרניה כמרכיב מרכזי ומשמעותי ביותר (Melton, Forsyth, & Methetal, 2008). יש לשים דגש על מאפייני הסביבה של המטופלים: המרחבים, האובייקטים ובעיקר הסביבה החברתית וצורות העיסוק. יש צורך שבסביבה שבה המטופל פועל יהיה ביטוי לבחירה שלו, יחד עם הבניה של הפעילות שתעמיד אתגר תואם. יש לצמצם את מספר האנשים המצויים בכל סביבה טיפולית להכרח האפשרי כדי למנוע תופעה של "בטלה חברתית" (Hellriegel, Slocum, & Woodman, 2001) ולהבטיח מתן טיפול אישי, מקצועי ואיכותי ולאפשר מתן תשומת לב, השקעת אנרגיה ורגש הולמים ותואמים לכל מטופל ומטופל לפי רצונו וצרכיו.

אפשר לומר שסוג הפעילות שבו המטופלים הראו רמת רצייה גבוהה יותר היו עבודות שנבחרו על ידי המטופלים ביחידת הריפוי בעיסוק. עבודות אלו מכינות את המטופל לקראת תהליך השיקום וההסתגלות בקהילה ועל כן יש לתת את הדגש על סוג פעילויות אלו, שמביעות הן את רצון המטופל והן הכנה לעתידו. עם זאת יש להציע מגוון נוסף של פעילויות לפי העדפות הלקוח הספציפי ולהקשיב לנרטיב האישי שלו בבחירת עיסוקים.

מבחינת יחידת הריפוי בעיסוק יש צורך לשים דגש על הבניית מרחב טיפולי שיאפשר למטופלים לבטא את העדפותיהם. כמו כן, על המרפאה בעיסוק לעודד את המטופלים להתמיד בפעילות ולהשתדל לסיים את המטלה שבה בחרו לעסוק או להציע התאמות סביבה ופעילות שיגבירו את המוטיבציה להתמיד ולסיים את המטלה.

יש צורך במתן הדרכה על ידי המרפאה בעיסוק לצוות הרב תחומי, ובעיקר לצוות הסייעודי על הבניית הסביבות הטיפוליות השונות. כגון: מתן אפשרויות לבחירה במחלקה והבניה של קבוצות טיפוליות. כל זאת במטרה לתכנן בתי-חולים פסיכיאטריים שבהם הסביבות הטיפוליות כולן מעודדות את המטופל לרמת רצייה גבוהה.

## מגבלות המחקר

המחקר כלל מדגם של 10 מטופלים בלבד, דבר המקשה על היכולת לבצע הכללת ממצאי המחקר על שאר האוכלוסייה. איסוף נתוני התצפיות על ידי אחת הכותבות

(ה"א), דבר היכול לגרום להטיה של התוצאות. כמו כן, עלולה להיות גם השפעה על המוטיבציה לאורך זמן האשפוז - גורם מתערב שלא נבדק במחקר זה.

### מחקרים עתידיים

מיומלץ על ביצוע מחקרי המשך שיכללו מספר רב יותר של משתתפים. מחקר נוסף שמתבקש הוא בדיקת הרצייה אצל אוכלוסיות נוספות בתחום הפסיכיאטריה, למשל מחלות אפקטיביות. יש צורך להרחיב את היריעה ולבדוק סביבות טיפוליות נוספות שבהן משתתפים המטופלים. יש צורך ברור לזהות סוגי פעילויות נוספים הגורמים להעלאת רמת הרצייה של המטופלים המאובחנים במחלות פסיכיאטריות. במקביל יש צורך לזהות גורמים נוספים בסביבה, מעבר למדדים המצוינים בשאלון הרצייה, המשפיעים על רמת הרצייה של המטופל. לסיכום, יש חשיבות רבה לביצוע מחקרים עתידיים, כדוגמת מחקר זה, שיתמקדו ברצייה אצל אנשים המקבלים טיפול בריפוי בעיסוק בתחום בריאות הנפש. מחקרים מסוג זה יוכלו לתת מענה בשטח למרפאים בעיסוק כיצד לקדם יחדיו את הטיפול באדם הסובל ממחלה נפשית ולסייע בתהליך ההחלמה (Repper & Perkins, 2006).

### מקורות

- אליצור, א', טיאנו, ש', מוניץ, ח' ונוימן, מ' (2002). פרקים נבחרים בפסיכיאטריה. תל-אביב: פפירוס.
- זיר, נ' (2004). לחשוב וליישם תיאוריה: מודל העיסוק האנושי - סקירת מושגים עדכניים, ניסיון קליני והמלצות. כתב עת ישראלי לריפוי בעיסוק, 13(3), H168-H147.
- ילון-חיימוביץ, ש', זק"ש, ד', ויינטראוב, נ', נוטה, א', מזור, נ' ושות' (2006). מרחב ותהליך העשייה המקצועית בריפוי בעיסוק בישראל. תל אביב: העמותה הישראלית לריפוי בעיסוק.
- קרן, נ', דגן, ר', יקואל, ש' וכץ, נ' (2008). טיפול בליקויים בתפקודים אקזוטיביים בקרב אנשים המתמודדים עם סכיזופרניה: הצגת שתי גישות טיפול באמצעות תיאורי מקרה. כתב עת ישראלי לריפוי בעיסוק, 17(2), H117-H97.
- Alfredsson Agren, K., & Kjellberg, A. (2008). Utilization and content validity of the Swedish version of the Volitional Questionnaire (VQ-S). *Occupational Therapy in Health Care*, 22, 163-176.
- Andersen, S., Kielhofner, G., & Lai, J. (2005). An examination of the measurement properties of the Pediatric Volitional Questionnaire. *Physical & Occupational Therapy in Pediatrics*, 25, 39-57.

- 
- Aubin, G., Hachey, R., & Mercier, C. (2002). The significance of daily activities in persons with severe mental health disorders. *Canadian Journal of Occupational Therapy, 69*, 218-228.
- Bleuler, E. (1950). *Dementia praecox or the group of schizophrenias*. New York, N.Y.: International Universities Press.
- Brown, C. (2002). What is the best environment for me? A sensory processing perspective. *Occupational Therapy in Mental Health, 17*, 115-125.
- Buchanan, J. (1982). *The philosophy of human nature*. London, England: Grimes.
- Carpenter, W. T., & Buchanan, R. W. (1994). Schizophrenia. *New England Journal of Medicine, 330*, 681-690.
- Carter, C. S. (2005). Applying new approaches from cognitive neuroscience to enhance drug development for the treatment of impaired cognition in schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin, 31*, 810-815.
- Ceskova, E., Prikryl, R., Kasparek, T., & Ondrusova, M. (2005). Psychopathology and treatment responsiveness of patients with first-episode schizophrenia. *Neuropsychiatric Disease and Treatment, 1*, 179-185.
- Chern, J., Kielhofner, G., de las Heras, C. G., & Magalhaes, L. C. (1996). The Volitional Questionnaire: Psychometric development and practical use. *American Journal of Occupational Therapy, 50*, 516-525.
- Conklin, H. M., Curtis, C. E., Calkins, M. E., & Iacono, W. G. (2005). Working memory functioning in schizophrenia patients and their first-degree relatives: Cognitive functioning shedding light on etiology. *Neuropsychologia, 43*, 930-942.
- de las Heras, C. G. (1993). *Validity and reliability of the Volitional Questionnaire*. Unpublished master's thesis, Tufts University, Boston, MA.
- de las Heras, C. G., Dion, G. L., & Walsh, D. (1993). Application of rehabilitation models in a state psychiatric hospital. *Occupational Therapy in Mental Health, 12*, 1-32.
- de las Heras, C. G., Geist, R., Kielhofner, G., & Li, Y. (2003). *The Volitional Questionnaire Manual: A user's guide*. Chicago: University of Illinois at Chicago.
- de las Heras, C. G., Llerena, L., & Kielhofner, G. (2003). *A user's manual for remotivation process: Progressive intervention for individuals with severe volitional challenges* (Version 1.0). Chicago, IL: The Model of Human Occupation Clearing-house, Department of Occupational Therapy, University of Illinois at Chicago.
-

- Ganesan, V., Green, R. D., Hunter, M. D., Wilkinson, I. D., & Spence, S. A. (2005). Expanding the response space in chronic schizophrenia: The relevance of left prefrontal cortex. *NeuroImage, 25*, 952-957.
- Graubert, D. N., & Miller, J. S. A. (1957). On ambivalence. *Psychiatric Quarterly, 31*, 458-464.
- Haglund, L., & Kjelberg, A. (1999). A critical analysis of the Model of Human Occupation. *Canadian Journal of Occupational Therapy, 66*, 102-108.
- Hartman-Maeir, A., Katz, N., & Baum, C. M. (2009). Cognitive Functional Evaluation (CFE) process for Individuals with suspected cognitive disabilities. *Occupational Therapy in Health Care, 23*, 1-23.
- Heinrichs, R. W. (2005). The primacy of cognition in schizophrenia. *American Psychologist, 60*, 229-242.
- Hellriegel, D., Slocum, J. W., & Woodman, R. W. (2001). *Organizational behavior*. Ohio: South-Western College Publishing.
- Jaeger, J., Tatsuoka, C., Berns, S. M., & Vardi, F. (2006). Distinguishing neurocognitive functions in schizophrenia using partially ordered classification models. *Schizophrenia Bulletin, 32*, 679-691.
- Kayser, J., Tenke, C. E., Gates, N. A., Kropfmann, C. J., Gill, R. B., & Burder, G. E. (2005). ERP/CSD of impaired verbal working memory subprocesses in schizophrenia. *Psychophysiology, 43*, 237-252.
- Kehr, H. M. (2004). Implicit/explicit motive discrepancies and volitional depletion among managers. *Personality and Social Psychology Bulletin, 30*, 315-327.
- Kielhofner, G. (2002). *Model of human occupation: Theory and application* (3<sup>rd</sup> ed.). Baltimore: Lippincott Williams & Wilkins.
- Kielhofner, G. (2008). *Model of human occupation: Theory and application* (4<sup>th</sup> ed.). Baltimore: Lippincott Williams & Wilkins.
- Kubicki, M., McCarely, R. W., & Shenton, M. E. (2005). Evidence for white matter abnormalities in schizophrenia. *Current Opinion in Psychiatry, 18*, 121-134.
- Kuhl, J., & Goshke, T. (1994). A theory of action control: Mental subsystems, models of control, and volitional conflict-resolution strategies. In J. Kuhl & J. Beckmann (Eds.), *Volition and personality: Action vs state orientation* (pp. 93-124). Seattle: Hogrefe & Huber.

- 
- Langdon, R., McLaren, J., Polito, V., Coltheart, M., & Ward, P. B. (2007). Willed action in schizophrenia. *Psychiatry Research, 150*, 193-197.
- Law, M. (Ed.). (1998). Client-centered occupational therapy. Thorofare, NJ: Slack
- Levesque, R. (2007). *SPSS Programming and Data Management: A Guide for SPSS and SAS Users* (4<sup>th</sup> ed.). Chicago Ill: SPSS Inc.
- Lysaker, P. H., Davis, L. W., & Hunter, N. (2004). Neurocognitive, social and clinical correlates of two domains of hopelessness in schizophrenia. *Schizophrenia Research, 70*, 277-285.
- Lysaker, P. H., Davis, L. W., & Lysaker, J. T. (2006). Enactment in schizophrenia: Capacity for dialogue and the experience of the inability to commit to action. *Psychiatry, 69*, 81-93.
- McCue, M. (1983). The severely disabled psychiatric patient and the adjustment to work. *Journal of Rehabilitation, 49*(4), 52-58.
- Melton, J., Forsyth, K., & Methetal, A. (2008). Program redesign based on the Model of Human Occupation: Inpatient services for people experiencing acute mental illness in the UK. *Occupational Therapy in Health Care, 22*, 37-50.
- Minsky, M. (1985). *The society of mind*. New York: Simon & Schuster.
- Nitsche, I., & Kallert, T. W. (2007). Standardized assessment of psychopathology by relatives of mentally disordered patients. *Psychopathology, 40*, 242-253.
- Parkinson, S., Chester, A., Cratchley, S., & Rowbottom, J. (2008). Application of the Model of Human Occupation screening tool (MOHOST assessment) in an acute psychiatric setting. *Occupational Therapy in Health Care, 22*, 63-75.
- Picchioni, M., & Murray, R. M. (2007). Schizophrenia. *British Medical Journal, 335*, 91-95.
- Pontius, A. A. (2004). Violence in schizophrenia versus limbic psychotic trigger reaction: Prefrontal aspects of volitional action. *Aggression and Violent Behavior, 9*, 503-521.
- Reid, D., & Hirji, T. (2003). The influence of a virtual reality leisure intervention program on the motivation of older adult stroke survivors: A pilot study. *Physical & Occupational Therapy in Geriatrics, 21*(4), 1-19.
- Repper, J. & Perkins, R. (2006). *Social inclusion and recovery: A model for mental health practice*. UK: Bailliere Tindall.
-

- 
- Rogers, C. R. (1949). The attitude and orientation of the counselor in client-centered therapy. *Journal of Consulting Psychology, 13*, 82-94.
- Sass, L. A. (2003). "Negative symptoms", schizophrenia, and the self. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy, 3*, 153-180.
- Sebanz, N., & Prinz, W. (2006). *Disorders of volition*. Cambridge: MIT Press.
- Sokolowski, K. (1993). *Emotion and volition*. Gottingen, Germany: Hogrefe.
- Spaulding, W. D., Fleming, S. K., Reed, D., Sullivan, M., Storzbach, D., & Lam, M. (1999). Cognitive functioning in schizophrenia: Implications for psychiatric rehabilitation. *Schizophrenia Bulletin, 32*, 94-105.
- Torrey, E. F. (1987). Prevalence studies in schizophrenia. *British Journal of Psychiatry, 150*, 598-608.
- Turner, N., & Lydon, C. (2008). Psychosocial programming in Ireland based on the Model of Human Occupation: A program evaluation study. *Occupational Therapy in Health Care, 22*, 105-114.
- Van Berckel, B. N. M. (2003). Glutamate and schizophrenia. *Current Neuropharmacology, 1*, 351-370.
- Yanling, L., & Kielhofner, G. (2004). Psychometric properties of the Volitional Questionnaire. *The Israel Journal of Occupational Therapy, 13*, E85-E99.
- Young, D. A., Zakzanis, K. K., & Campbell, Z. (2002). Scaffolded instruction remediates Wisconsin Card Sorting Test deficits in schizophrenia: A comparison to other techniques. *Neuropsychological Rehabilitation, 12*, 257-287.